

Mitt.
Dr.
Via
.....



ASL BR
all'Unità Operativa Semplice Gestione del
Personale Convenzionato
BR Via Napoli n. 8
72100 Brindisi

OGGETTO: Domanda di conferimento incarico nella Branchia di

Il sottoscritto Dott., nato a il e
residente in (prov.) alla via..... n.
CAP tel, indirizzo PEC
laureato in presso l'università di in data/...../..... con voto
....., specializzato in, in data/...../..... presso l'università di
..... vista la pubblicazione dei turni vacanti del trimestre anno avvenuta
con nota prot. n. del

Comunica

la propria disponibilità all'acquisizione (se si tratta di più turni, indicarli con l'ordine di preferenza) di:

N. ore	Branca di :	c/o Distretto S.S. di	Publicate a tempo indeterminato

A tal fine dichiara ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000):

Il sottoscritto deve indicare esclusivamente una delle seguenti priorità:

- di essere già titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato :
- di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
 - di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
 - di n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____

con anzianità di servizio dal e pertanto di fare domanda ai sensi dell'art. 21 comma 2) lettera dell'ACN in vigore;

- di essere inserito nella Graduatoria REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale - di cui all'art. 19 dell'ACN – Branca di..... per l'anno 2021 al posto n. con punti e di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera h) dell'ACN in vigore ;

- di non essere inserito nella Graduatoria REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale di cui all'art. 19 dell'ACN, pertanto di fare domanda di partecipazione, alle ore pubblicate a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera i) dell'ACN in vigore;

- di essere:
- a) titolare di medicina generale, dal _____ presso _____,
 - b) medico titolare specialista pediatra di libera scelta, dal _____ presso _____,
 - c) medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal _____ presso _____,

e dichiara:

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera j) dell'ACN in vigore - di essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca alla quale partecipa e la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai fini della rilevazione di eventuali incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN :

- a) sia titolare di altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario; SI NO
- b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN, ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni; SI NO
- c) esercita attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipi di quote di imprese o società anche di fatto che esercitano attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale; SI NO
- d) svolge attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta; SI NO
- e) sia titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 e svolge contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22 ; SI NO

- f) esercita la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi; SI NO
- g) svolge funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale; SI NO
- h) fruisca del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale; SI NO
- i) opera, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN ; SI NO
- j) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni; SI NO
- k) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni; SI NO
- l) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente; SI NO

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL SANITARIO O PROFESSIONISTA IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA

il/la sottoscritto/a Dott. consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

N.B.: IL MANCATO PUNTUALE RISPETTO DELLE PROCEDURE O LA MANCATA ASSUNZIONE DELL'INCARICO, UNA VOLTA CONFERMATA LA DISPONIBILITÀ, COMPORTERANNO A CARICO DELLO SPECIALISTA/PROFESSIONISTA LA SANZIONE DELLA SOSPENSIONE PER UNO O QUATTRO TURNI TRIMESTRALI DEL DIRITTO DI PRELAZIONE EX ART. 23 DELL'A.C.N. VIGENTE – (Rif. NOTA ASSESSORILE REGIONE PUGLIA n. 24/7739/116/16 DEL 3 Aprile 1992)

di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 675 del 31/12/1996 e successive modificazioni ed integrazioni : SI NO

Si allega alla presente copia del proprio documento di identità

DATA

FIRMA (per esteso) _____